THESE

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 30 DE OUTUBRO DE 1908

PARA SER DEFENDIDA POR

Americo Pereira da Silva

(NATURAL DA BAHIA)

Filho legitimo de Claudio Pereira da Silva e D. Maria Dorothéa da Conceição

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

Doutor em Medicina

DISSERTAÇÃO

Do catheterismo retrogrado nos estreitamentos infranqueaveis e rupturas da urethra.

Sonda ureteral de permanencia

(CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA)

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas.

BAHIA

IMPRENSA POPULAR

48, Rua dos Cobertos, 48

1908

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR — Dr. AUGUSTO CESAR VIANNA

VICE-DIRECTOR — Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira	Histologia
Augusto C. Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica
	4.ª SECÇÃO
Josino Correia Cotias	Medicina legal e Toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
	5.ª SECÇÃO
Braz Hermenegildo do Amaral	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operaç ese apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica 2.ª cadeira
	7.ª SECÇÃO
Jo seRodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinicaobstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica
	12. SECÇÃO
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Substitutos

OS DOUTORES

José Affonso de Carvalho	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão Julio Sergió Palma	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
Antonino Baptista dos Anjos	5.ª »
João Americo Garcez Fróes	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.ª »
J. Adeodato de Sousa	8.ª »
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Albino A. da Silva Leitão	11. »
Mario de C. da Silva Leal	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

AO DR. PACHECO MENDES

em cujo patrocinio espiritual aprendi a amar a cirurgia e os sãos preceitos da conducta medica, expresso aqui os votos da böa gratidão e dedico a minha thése.

Pereira da Silva.

O catheterismo retrogrado em sua face historica

EM tres periodos, que abrangem um dilatado tempo, costumam os bons autores, á maneira de Estor, dividir a historia desta operação, que vae tomando o passo á velha urethrotomia externa de Rhazés e Avicennes.

Assim discriminemos :

Primeiro periodo—« comprehendendo os casos em que se faz o *catheterismo retrogrado*, por meio de fistula super-pubiana ». De 1757 a 1867.

1757 — Verguin, cirurgião do hospital de marinha de Toulon, a pratica pela primeira vez, seu inventor portanto. As affirmações dos autores convergem para dar-lhe autoria. Ha, mesmo, a observação do primeiro caso, escripta por elle e incluida na thése de Prosper Chuquet, defendida em Paris no anno de 1888.

Mas, ha mais provas:

(1) « 1ª Fine, cirurgião-chefe do Hospital de Genova, fez essa operação e acreditou ser o seu inventor. Diz Estor que Fine, antes de publicar a sua descoberta, fez algumas pesquizas bibliographicas. Deparando-se-lhe em Chopart a leitura da observação de Verguin, não pode occultar o seu máo humor, e disse: « Je me flattais d'avoir imaginé un nouveau procédé opératoire, lorsque, en consultant en dernier lieu le traité des maladies des voies urinaires de Chopart, j'ai vu que M. Verguin, chirurgien-major de l'hôpital de la marine á Toulon, avait exécuté une operation semblable en 1757 ».

« 2ª Icard, em 1858, na sua these de doutoramento: « Des rétrécissements de l'urèthre: appreciation des differents méthodes thérapeutiques», n. 199, deu Verguin como o seu inventor e publicou uma observação de seu mestre Barrier, que tambem lhe reconhece a auctoria ».

« 3ª Em 1868, Grillot, em sua these, publicou uma observação do seu mestre Gosselin, com bom resultado, não deixando porém de dar a auctoria a Verguin ».

« 4ª Em 1847 o cirurgião americano Gurdon Buck publicou a observação de uma operação feita em 1843; entretanto os allemães dão a outro cirurgião americano, chamado Brainard (de Chicago), que praticou-a somente em 1849.

(1) Thése do Dr. Alfredo de Castro 1895, (Bahia).

Elles designam esta operação sob o nome de Brainard *(Brainard'sche methode, de Brainard'sche catheterismus)*».

«5ª Os dois casos de cura de estreitados pelo processo de Verguin, praticados pelo cirurgião Ribell (de Toulouse), sendo o primeiro delles em 1863 e o segundo em 1869, foram attribuidos pelo auctor de uma revista (Lyon médicale), de Fevereiro de 1870, ao professor Barrier como inventor do processo, quando este mesmo é o proprio a confessar a sua não auctoria».

«6ª Diz Duplay, em sua memoria «Du cathétérisme rétrograde combiné avec l'urèthrotomie externe dans les cas de retrécissements infranchissables» (1882), que a honra da descoberta cabe a Verguin».

«7ª Attribuida ao mesmo Duplay, em uma memoria de Delafosse, publicada nos «Annales des maladies nes organes génito-urinaires» (1890), quando aquelle é o proprio a dar a auctoria a Verguin».

Seguem-se em:

1804 — Souberbielle.

1847 — Guersant. (Bom resultado).

1849 — Brainard, (os cirurgiões americanos chamam, por isso, sem razão — Brainard'sche methode, de Brainard'sche catheterismus).

1852 — Sedillot. (Não foi bem succedido).

1857 — Voillemier.

1863 — Sedillot. (Bem succedido).

1867 — Giraldés, (por meio da fistula super-pubiana).

1867 — Callender, (da Escossia).

Segundo periodo — « em que é precedida da talha super-pubiana, executando-se as duas operações ao mesmo tempo ». De 1867 a 1881.

1867 — Giraldés, que já praticara no mesmo anno o catheterismo retrogrado por meio da fistula, pratica-o novamente, por meio da talha.

1868 — Gosselin.

1869 — Giraldés ainda. Boeckel.

1873 — Boeckel, (morte).

1874 — Péan.

1875 — Vollmman o pratica duas vezes. Uma dellas numa creança de 7 annos.

1877 — Péan.

1881 — Neuber.

1882 — Péan (infiltração de urina, septicemia, morte).

» — Poisson. Lawson Tait.

Terceiro periodo — « em que se tenha feito em uma mesma occasião a talha super-pubiana, o catheterismo retrogrado e a sutura total da bexiga». E' o que Chalot denominou — catheterismo retrogrado ideial.

De 1882 até hoje.

1886 — Pacheco Mendes. (Bom resultado)

» — Tillaux.

» — Kirmisson.

» — Péan (infecção purulenta, morte).

1886 — Boursier. Fractura da bacia e ruptura da urethra. (Bem succedido).

1886 — Terrier.

» — Troisfontaine, Demons Desguin.

1889 — Tédenat.

» — Chalot (de Toulon).

» — Pires Caldas.

1891 — Lane. Dorea (Bahia).

1892 — Nicolich. Estor.

1893 — Guelliot, Souza Braga e Lydio de Mesquita (Bahia).

1894 — Pacheco Mendes, 2 casos. (Bem succedido).

1894 — Guyon.

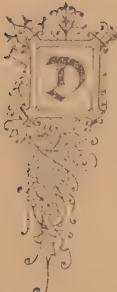
» — Albarran, empregando pela primeira vez o catheter de Guyon — Farabeuf.

1895 — Legueu, a pedido de Guyon, que não encontrara o seguimento posterior da coarctação, fazendo a urethrotomia externa, e em que se emprega pela segunda vez o catheter de Guyon.

Nos annos que decorrem entre 1895 e 1908 não se teem multiplicado os casos de catheterismo retrogrado, ou antes, não se tornou corrente o seu emprego.

Entretanto o Dr. Pacheco Mendes já o praticou vinte e oito vezes, com uma morte apenas.

Tillaux, Lawson e algumas outras notabilidades tiveram um, dous, tres casos.

O Dr. Pires Caldas reputou os seus dous casos um grande successo em sua vida clinica.

CAPITULO I

O catheterismo retrogrado primitivo — suas indicações — sua technica

ESSE ligeiro delineio historico e das datas prefixadas, resulta que defrontamos com uma operação de mais de seculo e meio de existencia, conhecida, mas não familiarisada, e offerecendo a anomalia de não ter ainda hoje adquirido os fóros plenos de sua real importancia e uma systhematisação, como processo operatorio definido e independente, tal, por exemplo, como o de Kelly para ablapção do utero e seus annexos, ou de Bassini para a cura radical da hernia, a que nada se pode subtrahir ou accrescentar. E, a justeza do que enuncio, parece repousar inteira, no facto, de vir nos livros de cirurgia, manuaes ou tratados—o catheterismo retrogrado estudado a traços largos, como uma dependencia menor da urethrotomia externa.

Pode afigurar-se um paradoxo ou falsa ou acanhada apreciação, o dizer-se que o catheterismo vesico-urethral—melhor denominação, dada por Brainard e Chassaignac, não chegou a uma uniformisação technica, pois que, de facto, é de uma simpleza extrema, quando, feita a talha super-pubiana, se procura levar de encontro á extremidade posterior da coarctação fibrosa a ponta do catheter de Guyon, levado pelo collo, e sobre a sua convexidade, sentida plenamente no perinêo, incisar profundamente até o nivel da parte coarctada.

No mesmo sentido pode lêr-se no tratado de cirurgia de Le Dentu—Delbet:—« A manobra é simples e consiste em praticar a talha hypogastrica longitudinal, fazendo uma curta incisão na bexiga; introdúz-se pelo collo um instrumento metallico que vem fazer saliencia na ferida perineal e desde então, encontrada a extremidade posterior da urethra, é facil terminar a operação como na urethrotomia externa sobre conductor ».

Uma vez realisada a secção do estreitamento, começa a divergencia pessoal — porventura, na parte mais importante que é a drenagem, na sua dupla funcção modeladora e derivadora.

Os operadores, levados, como veremos adiante, a praticar o catheterismo retrogrado, em ultima instancia, depois de haverem experimentado o insuccesso de outras intervenções, agem a seu

modo na terminação da operação, cada um delles faz conducta propria e a proclama e defende.

Entretanto um laconismo imperdoavel, uma estreitura no ajuizar-se-lhe a indicação e seu valor, mostram nos livros a restrição de seu emprego, a cerceadura de seu avantajamento real sobre a urethrotomia externa, as cystostomias e as resecções, etc., que só alguns cirurgiães têm sabido comprehender.

*
* *

A indicação capital do catheterismo vesico-urethral está toda formulada e preenchida na ordem pathologica dos estreitamentos infranqueaveis e nas rupturas circumpherenciaes da urethra.

As prerogativas que se lhe dão, porém, na pratica, poucas, pequenas, dizem-nos que além da obstinação operatoria que empaca na urethrotomia externa, um erro clinico ha, que se interpõe, bitolando os estreitamentos urethraes pela mesma regua da conducta operatoria.

Porque o individuo portador de uma estenose urethral impermeavel ou quasi impermeavel traz suas caracteristicas clinicas definidas, a cuja nitidez se não pode ás mais das vezes deixar de conferir os fóros de um typo morbido bem deli-

d'echec dans la recherche de l'orifice uretral, on peut laisser la plaie périnéale auverte et attendre le lendemmain ou le surlendemain pour voir, pendant la miction l'urine s'écouler. Mieux vaut, á mon avis, *faire de suile le catheterisme retrograde* ».

Ahi está. De um lado, os auctores aconselhando premer-se hypogastrio para que pelo jorro da urina na ferida perineal possa ver-se o o orificio urethral; do outro Albarran, com toda a sua acatada auctoridade, julgando preferivel praticar-se em seguida o catheterismo retrogrado.

Gross — Rohmer — Vautrin — André — Nouveaux (Èlements de Pathologie chirurgique).

« Si la decouverte du bout posterieur de l'urethre est impossible, on est autorisé comme l'a proposé Sedillot, à faire de catheterisme retrograde por une taille sus-pubienne qui permettra súrement de retrouver ce bout gráce á la sonde qui ysera poussée d'arrière en-avant par la vessie »,

Reclus — Rirmisson — Peyrot — Bouilly — (Pathologie externe):

Enfin si malgré l'urethrotomie externe, le bout posterieur de l'urètre ne pouvait être retrouver, ou pourrait faire de *catheterisme retrograde* par une ouverture pratiquée á la region sus-pubienne et permettant d'engager une sonde par l'orifice vesical de l'uréthre ».

mitado, nada tendo de commum com o quadro symptomatologico dos estreitamentos permeaveis.

Entretanto, com esse modo de vêr, contrasta fortemente a concepção pobre da literatura cirurgica, neste particular, — vendo só no catheterismo posterior um recurso de valor egual ao da puncção super-pubiana.

Deletreemos os livros.

Partamos dos menores.

Ricard e Launay—Technique chirurgicale—Paris. «Lorsqu'on n'a pas pu trouver le bout posterieur, ou d'emblée dans des ruptures de l'urètre posterieur, on est obligé de passer la sonde par la vessie vers la plaie périnéale».

Forgue — Précis de Pathologie externe. Descreve a urethrotomia extrena e suas indicações: 1º a maior parte dos estreitamentos traumaticos; 2º estreitamentos blennorrhagicos *infranqueaveis*; ou *difficilmente permeaveis etc.*, e abruptamente conclue :

« Si l'on échoue, inciser la vessie á l'hypogastre et faire le *catheterisme retrograde...*

Albarran. (Traité de Chirurgie—Le Dentu — Delbet). Descreve a urethrotomia externa sem conductor e termina :

« Lorsqu'on n'a pas pu retrouver le bout posterieur, les auteurs conseillent de presser sur l'hypogastre pour faire sortir l'urine par la plaie périnéale et voir l'orifice : j'ai souvent essayé cette manœuvre qui reussit trés rarement. Encas

O proprio Guyon só pratica o catheterismo retrogrado quando a urethrotomia externa não é bem succedida.

Assim os outros todos.

Alguns, á maneira de Lejars irmanam escandalosamente numa mesma alinea catheterismo posterior e puncção super-pubiana, talvez pelo caracter de urgencia que possa, certa vez, revestir o primeiro.

Não ha, porém, igualal-os em valor, pois que os fins a que se destinam são, de facto, differentes.

Aquillo, portanto, que se denomina catheterismo retrogrado primitivo elles o não praticam talvez, pelo facto de considerarem uns, manobra perigosa, outros, um complemento operatorio accidental, da urethrotomia externa.

Ha ahi evidentemente, não um erro, mas uma estreita concepção do valor operatorio do catheterismo perante o esplendor da moderna cirurgia.

Contel-o nas aperturas intrincaveis de uma condicional, é immobilisar-se na margem da caudal immensa do progresso cirurgico que foge celere de baixo dos pés com o impulso dado pela vaccinação e a opsonotherapia, é apalpar ainda a visão desfeita da esphinge atterradora da infecção.

Os ultimos empedrões estão sendo removidos, e em breve a immunidade substituirá a canivete

onde elle não puder cortar, ou garantirá o organismo para o resultado absoluto das intervenções mais delicadas.

Do exposto dos livros vimos que, diante de um estreitamento, o cirurgião, sem mais cuidados, pratica a exploração do canal urethral, e, si esbarra em um obstaculo sério, verificando a existencia de profunda estenose, appella para a uretrotomia externa, que é o caso mais commum.

E, babatando nas profundezas do perinêo, quasi sempre não encontra a outra ponta da coarctação por onde se possa conduzir a seccional-a.

O estreitamento, porém, invadio toda a porção perineo-bulbar e a ultrapassa. As pesquizas pacientes e longas nenhum resultado pratico trouxeram. Que fazer então? Ha um recurso: a talha super-pubiana e o catheterismo retrogrado.

Mas, porque não se avaliou com precisão as circumstancias, e não se praticou logo o catheterismo retrogrado primitivo?

Que quer dizer percorrer discricionariamente toda a gamma das intervenções possiveis, para, ao cabo, recorrer-se a um processo que, de antemão, devera ser empregado, pois, toda uma serie de symptomas physicos e funccionaes, de feição viva e duravel, estava a definir dominadoramente a indicação operatoria formal e indiscutivel?

Acredito, intimamente, que a tendencia da

perfeita cirurgia de amanhã, quanto á uretrotomia externa e sua irmã a uretrectomia, será restringir o mais possivel sua indicação, ampliando, do mesmo passo o emprego systematico do catheterismo vesico-urethral.

E acredito, porque, mesmo na abstração da eloquencia das observações que vêm enriquecer a literatura da cirurgia conservadora, já nos ultimos livros de cirurgia, vindos á lume, se vae formando uma corrente, toda de influxos favoraveis ao emprego systematico do catheterismo posterior.

Sirva-nos de exemplo esse não pequeno trecho do Dr. Imbert, de Montpellier: « Tous vos efforts n'ont pas réussi à faire passer une bougie filiforme : c'est la veritable indication de la ponction sus-pubienne faite autant que possible avec l'aspirateur muni d'une fine aiguille. Mais ce n'est qu'un expedient : il faudra revenir encore et tenter de passer une bougie; si vous échouez de nouveau après deux ou trois ponctions, il faut pratiquer la *taille hypogastrique* et lever l'obstacle par le *catheterisme retrograde*.»

« Tous ce que je viens de dire concerne les retrecissements blennorrhagiques, mais s'applique aussi aux traumatiques avec les restrictions suivants: *a*, ils ne sont pas multiples et siégent souvent en pleine region membraneuse; ils sont donc beaucoup plus difficiles à distinguer du spasme; leur diagnostic se basera essentielle-

ment sur les antecedents; *b*, ils sont d'habitude beaucoup plus serrés et necessitent *bien plus souvent la taille hypogastrique avec catheterisme retrograde.*»

Já Imbert, desavindo um pouco com a opinião em voga, estabelece, como vimos, que nos estreitamentos blennorrhagicos, no insuccssso de 2 ou 3 puncções vesicaes, é preciso praticar a talha hypogastrica e remover o obstaculo pelo *catheterismo retrogrado;* o que tambem se applica ás coarctações traumaticas, com a restrictiva de que elles são habitualmente muito mais serrados e necessitam as mais das vezes a *talha hypogastrica* com *catheterismo retrogrado.*

Ha mesmo nos livros uma certa ogeriza ao emprego do catheterismo vesico-urethral, como deve ser comprehendido.

Este autor exalta a cystostomia, aquelle a uretrotomia externa, aquell'outro á resecção das callosidades urethraes.

A esse descabido preconceito escapou Imbert, pequeno muito embora, mas comprovando a longa observação dos factos clinicos.

*
* *

Quero agora referir-me á pratica do professor Pacheco Mendes, ao modo todo seu de comprehender a indicação do catheterismo vesico-urethral e executal-o, coisa de todo em todo

differente do que preceituam os livros e do que se faz de ordinario.

Como alumno e acompanhando de perto o seu serviço hospitalar, tive occasião de surprehendel-o no exame de doentes recem-entrados, portadores de estreitamemto urethral. E notava eu que o professor, ao primero encontro com o paciente, e ás primeiras respostas ao interrogatorio, formava logo juizo a respeito da conducta operatoria a seguir no caso que se lhe deparava.

Assim era de facto, pois que uma ulterior e methodica exploração do canal vinha sempre e sempre confirmar as ideias externadas pelo professor.

A observação de suas tres dezenas de casos de estreitamento infranqueavel tratados pelo catheterismo retrogrado, lhe é de sobejo elemento exponencial para inferir alguns principios conducentes ao emprego do catheterismo retrogrado primitivo, nomeadamente no que diz respeito á reparação das feridas e aos meios complementares de garantir a calibração do canal molesto.

Empregando de preferencia á urethrotomia externa o catheterismo posterior, o professor Pacheco Mendes fez excepção para os seguintes casos: *a*, estreitamentos complicados de affecções prostaticas; *b*, estreitamentos traumaticos acompanhados de grandes destruições do canal:

e, pyelonephrite ascendente, quando o doente é uma especie de *noli me tangere*, no qual se deve temer as intervenções cirurgicas repetidas.

Figuremos o caso de uma estenose infranqueavel.

Muito ao contrario do que se faz, procurando levar á bexiga uma vela fina em bayoneta, ou em espiral, delongando-se uma tentativa materialmente impossivel, mas tendo, pela historia, mais eloquente muita vez que a exploração clinica, reconhecido a impermeabilidade do canal, tivesse elle séde no pavimento inferior do perineo, tivesse no superior, praticava o catheterismo retrogrado, que em alguns minutos deixava atravez da coarctação facil accesso a uma sonda-drenadora.

Que o catheterismo retrogrado tem emprego formal e superior á urethrotomia externa está estabelecido, não ha sophismal-o. Sómente o intento nosso é destacal-o da craveira commum das operações de recurso, e pol-o em logar justo, conforme os preceitos da moderna cirurgia.

Encaremos agora o doente, o estreitado, ou o individuo tendo soffrido forte traumatismo no perinêo, com ruptura completa ou quasi completa da urethra, nos quaes a indicação do catheterismo se impõe.

E' o estreitado. Em mais de duas terças partes, esses doentes em quem a formação fibrosa evoluiu até a obstrucção completa do canal,

apresentam-se de perinêo fistuloso, por onde se escôa mais ou menos a urina contida no reservatorio vesical.

Em todos, porém a retenção incompleta é um factor constante, principalmente nesta classe de estreitamentos infranqueaveis.

Entretanto a retenção completa aguda é um dos motivos que trazem os estreitados ao hospital.

Os estreitados incontinentes, os que se desembaraçam mais ou menos de sua urina, esses não nos prendem a attenção no momento.

Só o accommettido de uma retenção completa comporta uma indicação preliminar.

Ora, a retenção, diz Guyon, é um symptoma, e como tal deve ser tratada.

Epsodio agudo na marcha chronica de uma dysuria, a retenção é um perigo ameaçador da vida do estreitado, já por seus effeitos mecanicos, já por seus effeitos dynamicos.

A retenção de urina aguda, determinando perturbações em duas espheras differentes, não pode deixar de ser estudada detidamente, já pelo perigo immediato que ella faz correr o doente, já pela relação entre seus effeitos e o successo da intervenção. E' preciso evacuar o mais depressa possivel a urina.

Aqui podemos particularisar. O doente apresenta um estado geral compativel com uma intervenção immediata.

E' levado á meza operatoria para praticar-se o catheterismo retrogrado.

Ou então faz-se a puncção super-pubiana para esvasiar a bexiga, e a operação é adiada.

A puncção super-pubiana no nivel da linha alva resume as condições, faciiidade e innocuidade, desejados no momento.

A sua facil e prompta praticabilidade é um dos factores determinantes do seu uso commum.

Pode praticar-se a puncção super-pubiana por dois methodos: 1º puncção capillar com aspiração; 2º puncção com um trocate calibroso, methodo este antiquissimo e hoje renovado por Lalesque e Lejars, com o nome de cysto-drenagem.

A puncção capillar tem a vantagem immensa de poder ser repetida muitas vezes sem o menor inconveniente.

Mas a cysto-drenagem tem seus numerosos partidarios. Devo dizer, porém, que se ha linhas geraes de conducta operatoria, ás quaes não pode o cirurgião fugir, entretanto ha um dominio que é todo seu, o cirurgião age com o interesse do momento, segue a determinante das indicações transitorias deste ou daquelle processo adequado.

Está neste pé a questão da puncção.

Parece, todavia, que a puncção capillar pode bastar no maior numero dos casos.

Que necessidade ha em por-se uma canula permanente em uma bexiga, quando a unica

carencia no momento é derivar a urina represada? Que importa que se diga não fazer a puncção capillar a antisepsia, quando não é primeiramente isso que se procura?

Não é o catheterismo retrogrado que vae destruir o obstaculo ao escoamento normal da urina?

A puncção com o trocate grosso como quer Lejars e o nome mesmo está a indicar, perde de alguma sorte o caracter passageiro que tem a puncção, quando capillar, para recahir na esphera do dreno, abusiva pratica da cirurgia franceza.

Escrevi eu, pagina passada, que as rupturas circumferencias da urethra são indicação do catheterismo retrogrado. O individuo tendo soffrido um grande traumatismo na urethra perineo-bulbar, apresenta-se retencionista.

Ora, diz Gnyon: « Pratiquer immediatemsnt l'uréthrotomie externe sans conducteur, telle est la conduite que no s vous engageons à suivre sans hésiter en presence d'un cas grave de rétention traumatique;...»

Guyon, porém, pergunta si essa regra de conducta é applicavel ainda em face de uma lesão urethral perineo-bulbar, complicada de fractura do pubis?

« Vons croyons pouvois répondre par l'affirmative. Sans doute, difficultés seront ossez grands; dans une region où les rapports anato-

miques sont plus au moins détruits peut-être aurez-vous grand peine à decouvrir le bout posterieur. Si vous ne le trouviez pas, vous auriez du moins assuré les jours de votre malade en vous apposant, par une large et methodique incision, à l'infiltration urineuse. Il vous reste d'ailleurs la resource de faire le *càtheterisme retrograde* après avoir ouvert la vessie par l'hypogastre ».

Abstraindo o perigo immediato que corre o doente pela retenção, ou antes, na abstracção della propria, eu me não decidiria a praticar uma urethrotomia externa ou mesmo o catheterismo vesico-urethral, si o proprio Guyon, com a sua autoridade invejavel, me não ensinasse que os doentes operados primitivamente, conservam uma urethra facilmente permeavel, relativamente larga e sufficientemente dilatavel.

Pois, de outro modo não se podendo evitar a formação mais ou menos rapida de uma estenose infranqueavel, seria de bom aviso cuidar por outro meio da derivação da urina e aguardar a opportunidade operatoria, uma vez sabido que, mesmo nas mais tenazes coarctações, o catheterismo retrogrado seguido da sondagem metallica periodica garante ao doente uma urethra calibrada e sua funcção perfeita.

Nestes casos de urethra rota, a sutura tem uma importancia minima.

Embora Guyon diga que o principio da sutura

lhe parece dever ser acceito, entretanto, são suas ainda estas palavras: «Il ne faut pas s'etonner que la réunion de tissus fortement contus ne puisse empêchcr la constitution d'une cicatrice épaisse plus ou moins semblable à celles que nous observons après les traumatismes opérés sans suture.»

A sutura não parece uma garantia contra a formação ulterior de uma estenose. E si, como elle diz: «tout traumatisme de l'urètre, quelle que soit son importance, conduit fatalment et rapidement à un rétrécissement serré très précoce;» si «les cas de déchirure étendue, abandonnés à eux même ou traités par l'incision sans recherche des deux bouts, créent souvent des rétrécissements infranchissables», eu não trepido em praticar logo o catheterismo posterior, porque eu sei que apezar de uma certa diminuição do calibre, os traumatisados operados primitivamente, conservam uma urethra facilmente permeavel, relativamente larga e sufficientemente dilatavel. Mas essa não é a opinião geral.

Sutura, resecção, autoplastia, heteroplastia, urethrotomia externa perineal, urethrostomia, tudo isso tem seus defensores obstinados, menos o catheterismo retrogrado que constitue ainda facto isolado na estatistica de cada cirurgião. O traumatisado melhor que o estreitado chronico, apresenta boas condições de operabilidade,

bexiga normal. capaz de grande resistencia á sequencia da intervenção.

Quando o traumatismo compromette a região membranosa, tanto melhor ainda.

Aqui o catheterismo é da mais formal indicação.

Do seguinte trecho do professor Guyon, resaltam considerações com aos quaes rematarei esse primeiro ponto.

«Plus heureux dans d'autres cas, jai pu mener à bien l'urétrotomie externe par le perinée. Mais l'operation est *pénible et assez aléatoire*. (*) J'ai depuis longtemps reconnu que le catheterisme retrograde était indiqué lorsque le retrecissement siège dans l'etage superieur du perinée et qu'il est infranchissable.

Ouvrir la vessie par l'hypogastre pour trouver le bout posterieur, alors que l'on a affaire à un rétrécissement dans l'étage inférieur, me paraît ne devoir être accepté que très exceptionnellement. Recourir à cet artifice en présence des cas dont nous parlons me semble, au contraire, très conforme aux véritables indications du cathétérisme rétrograde.

Il est également indiqué dans les traumatismes récents lorsque l'on ne peut introduire facilement la sonde et quand les délabrements sont étendus.»

O que acaba de dizer-nos o mestre francez dispensa mais argumentações que porventura se

(*) O gripho é nosso.

possam formular em favor do catheterismo vesico-urethral.

O trecho acima pela autoridade que o escreveu vale um livro todo, escripto sobre o assumpto.

Cabe aos novos tratados darem o maior logar ao catheterismo retrogrado, e á urethrotomia externa o logar occupado por aquelle

A technica

Em seis tempos desenvolvo a operação do catheterismo retrogrado para melhor methodisação technica.

E' a technica seguida entre nós, a que eu accrescentei em um dos tempos a puncção da bexiga e em outro, como uma variante, a minha sondagem permanente dos ureterios.

PRIMEIRO TEMPO — Um campo fendido e incisão longitudinal e mediana dos diversos planos da parede anterior do abdomen, começando a 6 ou 8 centimetros acima da symphise pubiana, e vindo morrer sobre seu bordo superior.

SEGUNDO TEMPO — Procura da parede anterior da bexiga.

O operador com o indicador direito e o ajudante com o esquerdo, ambos recurvados, afastam os labios da incisão, emquanto que aquelle com o index esquerdo, de um lado, repelle o fundo de sacco peritoneal si elle se apresenta; de outro,

procura libertar a parede, descollando o tecido cellular pre-vesical.

A bexiga de capacidade augmentada e cheia deixa ver-se entre as duas valvas metallicas do afastador de Legueu que agora vem substituir a tracção dos labios da incisão feita pelos dedos.

TERCEIRO TEMPO — Suspensão temporaria da bexiga. Puncção evacuadora. Incisão.

Com uma agulha curva presa a um pedal ou a uma pinça, passam-se dois fios longos na parede da bexiga, distando em seu ponto de implantação, um do outro, 2 a 3 centimetros.

Tendem-se para cada lado e obliquamente os fios que levantam e distendem uma parte da parede.

A puncção com um trocate grosso, ou mesmo o aspirador, deve ser feita com o fim sempre util de evitar o transbordamento da urina no nivel do campo das primeiras manobras operatorias.

Retirado o trocate, e aproveitando o espaço deixado por elle, pica-se com o bisturi a bexiga, alargando a incisão até 2 ou 3 centimetros.

QUARTO TEMPO — Manobras intra e extra-vesicaes.

Introduz-se pela abertura vesical o catheter Guyon e Farabeuf, que, com o auxilio do dedo ou não, contornando o pubis e penetrando no collo, vae esbarrar no limite posterior da estenose, fazendo ao mesmo tempo por sua extremidade

proeminencia no perinêo anterior, ou quando não mostrando-se ao tacto.

O cabo do catheter é deitado sobre a parede do abdomen, para que a extremidade opposta se possa offerecer o mais possivel.

O cirurgião passa agora a manobrar no perinêo. Orientado pela exremidade do catheter e sobre sua canelladura elle secciona até á parede inferior da urethra, como na urethrotomia externa sobre conductor. A ponta do catheter aflora então na ferida perineal. Pelo meato conduz-se na urethra uma vela conductora, até ir encontrar a extremidade do catheter na incisão perineal, e a cuja extremidade é amarrada por um furinho nella existente. O catheter é agora arrastado para fóra da bexiga, e neste arrastamento leva comsigo a conductora para dentro do reservatorio urinario. Esta, por sua vez, guia o urethrotomo de Màisonneuve, e assim realisa-se uma urethrotomia interna.

Quinto tempo — Sondagem urethral permanente ou sondagem uretero-urethral permanente.

Sobre uma haste rija e parafusada á vela conductora ainda mantida na urethra, passa-se uma sonda até á bexiga. Pode-se empregar a sonda *béquille*, a sonda cortada ou as sondas de Pezzer ou de Malecot.

Variante — Sondagem uretero-urethral permanente.

Si se tem em vista applicar sondas ureteraes

de permanencia, pode seccionar-se mais largamente a bexiga, tres centimetros e meio a quatro

Neste caso, tambem, não ha necessidade de sonda de Pezzer ou Malecot.

Basta uma sonda *coriada*. Começa-se, como ordinariamente se faz, escorregando uma sonda urethral de grande calibre, sobre o mandrin parafusado á vela conductora que servio na urethrotomia interna.

Esta sonda desempenha agora, em parte, seu antigo papel.

Desaparafusado o mandrin, não se tem mais do que amarrar duas sondas ureteraes que póssam resvalar livremente na algalia urethral, á vela, e pela extremidade vesical desta, arrastál-as para o interior da bexiga.

Conseguido facilmente isso, pode o operador com o auxilio de mandrins ureteraes articulados, de um lado, e com os dedos levados ao plano trigonal do outro, guiar as sondas aos orificios ureteraes, e introduzil-as, de modo a occuparem ellas toda a porção vesical ou mais, dos conductos urinarios. Ellas podem permanecer 5 a 10 dias, ou ser renovadas uma vez durante esse tempo.

Com a retirada dos instrumentos de intermedio, fica concluido o quinto tempo.

Sexto tempo — Sutura. Suspensão da bexiga.

Com uma ponta do fio de sutura já passado

no angulo inferior da ferida, prende-se em um ou dous pontos a bexiga. por seu vertice ás partes molles inferiores da parede abdominal.

Ha para isso varios processos para suturar a bexiga. Ha a sutura em bolsa de Bazy, em que cada ponto se sobrepõe ao precedente.

Pozzi pratica a *catgut* um alinhavo sem lesar a mucosa, depois faz uma segunda sutura de pontos separados á Lembert.

Em tres planos faz Lucas-Championnière sua sutura: um primeiro plano com *catgut*, comprehendendo mucosa e parede vesical; um segundo não mais comprehendendo a mucosa; e um terceiro, reunindo a parede vesical ás partes periphericas.

A sutura da bexiga, porém, feita em dois planos fica perfeitamente hermetica e resistente. Ou sero-musculosa e sero-serosa ou como se segue:

Faz-se um primeiro plano, comprehendendo toda a parede vesical, a pontos separados, distando 5 millimetros um do outro.

Sobre este plano, e como protegendo-o, apanha-se, num segundo, o tecido cellular gorduroso pre-vesical.

Parede abdominal. — Põe-se um dreno na loja pre-vesical, e fecha-se totalmente a parede por um plano muscular e outro cutaneo aponevrotico.

A incisão perineal. — Pode deixar-se aberta a ferida perineal esperando a cicatrisação em torno da sonda de permanencia. Com a variante do quinto tempo ella se faz rapidamente.

E' preferivel suturar o plano profundo do perineo só. Lavagem larga da bexiga e penso.

CAPITULO II

Sutura vesical. Sonda de permanencia. Dilatação progressiva. Urethrotomias complementares. Rapido confronte entre o catheterismo retrogrado e outras operações. Um caso de urethrostomia perineal.

Aos quatro termos actuaes da prophylaxia cirurgica, talvez se pudesse addicionar mais um que, traduzindo uma tendencia de sempre e hoje transformada em forte aspiração, viria approximar a cirurgia do seu objectivo — o successo operatorio absoluto e perfeito.

Esse quinto termo prophylatico é o *tempo minimo.*

De facto, debaixo da condição preservadora, tanto a dôr como a hemorrhagia, a sepcia e a lethalidade nivelam com o tempo post-operatorio em que a cura do doente se faz e se completa.

Ora, no caso da affecção cirurgica que nos preoccupa, dar alta o mais cedo possivel ao

doente é, não só, conforme com o preceito geral a que acima alludi — o tempo minimo — como tambem uma circumstancia necessaria em face das condições locaes pouco favoraveis ao trabalho da cicatrisação, revelando quasi sempre uma feição toda insidiosa e definindo-se, muita vez, a despeito da marcha para a cura, embora que irregular e demorada, na supuração pertinaz e nos abcessos repetidos e propagados ao perineo, á dobra genito-crural, etc.

Para esse *desideratum*, entretanto, dois factores devem concorrer poderosamente: a cicatrisação *per-primam* da bexiga e ferida perineal e facilitando-as o catheterismo ureteral permanente.

O primeiro factor depende da sutura total da bexiga.

Sutura e drenagem são duas questões connexas, dizem os livros.

Estudemos a sutura summariamente.

Não conheço muitas opiniões a respeito da reunião ou não reunião immediata dos labios da incisão vesical. Mas que importa, quando eu firmo tambem um modo de pensar deduzido de ampla observação?

A ferida vesical deve ser fechada completamente, quer se trate de caso simples, quer se trate de infecção grave.

O professor Pacheco Mendes, num artigo importante sobre o catheterismo retrogrado e

publicado nos *Annales des Maladies des organes génito-urinaires* de Setembro de 1895, firmou em traços fortes certas ideias a respeito.

Assim refere elle: « Da observação que acabo de apresentar, pode-se ainda fazer resaltar uma contribuição ao estudo da conducta a ter após a operação da talha hypogastrica. E' verdade que esta conducta varia segundo o fim que se propõe, mas parece que se deva estabelecer como regra geral a reunião immediata da bexiga, salvo em certas condições em que a reunião secundaria se impõe, a saber:

a) os traumatismos extensos da parede.

b) as modificações profundas da parede vesical.

c) a infecção do apparelho urinario. »

Não parece que as cousas se tenham modificado fundamente em relação a essa questão da sutura vesical total, de modo a desadorar-se uma opinião emittida ha mais de dez annos. Não. A opportunidade é manifesta, porque si hoje a tendencia é fechar e a reunião *per primam* é um facto, entretanto é conhecido o apego de muitos cirurgiões á drenagem hypogastrica, nomeadamente os francezes.

Diz ainda o illustre professor:

« Eu desejo somente levar aos partidarios da sutura total da bexiga provas em apoio de sua these.

Não tenho a intenção de abordar neste momento o fundo da questão; quero somente não

deixar passar despercebido um facto de que a sciencia tirará seguramente proveito.

Com effeito, ha ainda mestres autorisados que consideram a sutura immediata como inutil e perigosa; alguns mesmo insistem sobre a difficuldade desta sutura, e Albert, de Vienna, chega á conclusão de que a reunião pela primeira intensão da bexiga após a sutura é uma utopia. »

Diz Albert que a reunião deve ser feita semanas após a intervenção, quando se tenha desfeito qnalquer suspeita de infiltração urinaria. Albert é uma autoridade, respeitemol-o.

Eu mesmo posso dar testemunho da observação de dous casos: Casemiro Maciel e Arthur Pitanga, que, pelo facto do máo funccionamento da sonda de permanencia, e repleção consecutiva da bexiga, a urina, forçando a costura veio sahir pelo drenosinho collocado na extremidade inferior da incisão abdominal. Foi o sufficiente para que se formasse uma fistula aberta para a bexiga e para a pelle no ponto onde foi posto o dreno, fistula por onde regorgitava urina e os liquidos de lavagem diaria da bexiga, além da mortificação de tecido, purulencia, etc., o que os reteve no leito por muito mais de um mez. Cura demorada portanto.

Que é entretanto posssivel obter-se a cicatrisacão por primeira intenção, é para mim uma noção edificada, mesmo em condições desfa-

voraveis. Mas a verdade é que isso não é um facto absoluto.

A proposito de um dos seus primeiros casos de catheterismo pesterior feito num marinheeiro inglez, diz o professor Pachedo Mendes:

« Eu não terei necessidade de procurar mais exemplos para demonstrar os bellos effeitos da sutura immediata da bexiga, si o resultado que obtive com o doente em questão não fosse por si mesmo uma contribuição ao estudo da conducta a ter após a talha hypogastrica.

« A observação que eu vou referir demonstra com uma tal evidencia a inocuidade da sutura total e o valor do meu processo que dispensa qualquer commentario.

« Essa questão não tem para mim valor intrinsecco. Feche-se a bexiga, Ella pode cicatrisar por primeira, como tambem pode reconstituir-se secundariamente a mercê do tempo, em detrimento do donnte e do cirurgião contemporisante que entretanto poderia ter evitado este esforço ulterior da actividade histologica.

« Feche-se a bexiga, mas o successo absoluto da cicatrisação por primeira intensão está no derivar a urina de modo que a bexiga possa ter o maximo de repouso e sua incisão a maxima garantia para a integração.

« Suturar a bexiga é simplesmente auxiliar a natureza no seu esforço de reparação. Suturar

a bexiga é fechar uma abertura que só foi feita para deixar passar o catheter metallico.

« Desde alguns annos, tem-se procurado fazer mais e melhor: tentou-se primeiro timidamente a sutura da bexiga, vindo o successo, a pouco e pouco foi ella se substituindo á drenagem e actualmente a sutura é o processo de escolha, a drenagem o processo de excepção. »

Em ultima evidennia eu digo que Dietz affirma — fazer-se perfeitamente a reunião da bexiga em quasi 70 %.

Os autores são unanimes em affirmar que é a hemorrhagia que compromette a sutura.

O mesmo Guyon teima sobre o facto; e no Brazil, cresce a relevancia delle tornando-se aqui mais do que lá na Europa uma das causas vivas, perturbadoras da sutura. A esse respeito frlarei ulteriormente, no terceiro capitulo.

E' portanto a sutura a deia dominadora.

Em relação é sutura perineal, tenho a dizer que nos casos em que o perineo offerece ainda uma certa integridade anatomica, e em que se empregue a technica já descripta, a variante (sondagem ureteral) a surura de todos os planos seccionados deve ser feita.

O perinêo apresenta, tambem, manifesta tendencia á reparação rapida, uma vez que elle está livre do contacto urinario, suturando-se-o, faz-se o mesmo que para a bexiga. Entretanto fica ao criterio clinico e operatorio o direito de julgar

quando deve obter-se uma cicatrisação por *abrolhamento* em torno da sonda urethral.

PERMANENCIA DAS SONDAS

Aqui ainda caminham os cirurgiões, e cirurgiões de nomeada, com passo incerto e desmedido. E o singular é que o effeito operatorio é sempre o mesmo.

Na America do Norte os cirurgiões teem o veso esquisito e injustificavel de introduzir pela abertura perineal uma sonda, a qual vai ter á bexiga.

A meu ver essa pratica equivale bem á da drenagem por cima, com os tubos — syphões de Perier, ou outros quaesquer.

Albarran deixa a sonda em permanencia, apenas cinco dias, no fim dos quaes começa a passar grossos *beniqués*, geralmente de 45 a 60.

Albarran argumenta com os trabalhos dos seus alumnos Genouville e Zadock, para demonstrar a excellencia do seu proceder.

E um dos argumentos é o fechamento da ferida perineal no não pequeno prazo de um mez.

De um modo geral pode admittir-se o tempo de permanencia da sonda, oscilando entre 8 e 10 dias, já então os tecidos coarctivos acham-se pelo contacto prolongado com ella, modificados, amollecidos, favorecendo grandemente a dila-

tação progressiva. O numero pelo qual se deva começar a dilatação é uma questão que se relaciona com o calibre da urethra, não já o calibre da urethra pathologica e refeita, sinão o da mesma urethra, quando normal.

Eu me explico. A urethra *a*, tem, por exemplo, um calibre egual ao n. 24 da escala Charrière; a urethra *b* tem calibre egual ao n 20.

Ora, está claro que dous canaes de diametro differentes, e cujas paredes estão comprehendidas num processo fibroso, ao refazer-se novamente a luz, não poderão supportar logo um instrumento metallico de calibre previamente estabelecido, quero dizer, fixado como norma.

As velas de Beniqué ou de Guyon são os instrumentos dilatadores empregados. A dilatação é feita diariamente ou por secções de 2 em 2 dias, durante um ou dois mezes.

A introducção do Beniqué ou do Guyon é feita docemente, sem forçar os obstaculos. Cada dia procura-se passar dois ou tres numeros, começando no dia subsequente pelo numero mais elevado da vespera. Elles permanecem na urethra alguns momentos. E assim subindo dia a dia na escala numerica, chega-se até 50, e mesmo 60; obtendo-se uma urethra, muitas vezes, escandalosamente calibrosa.

Deve continuar-se a dilatação com intervallos maiores durante um, dois ou tres annos, para garantia da estabilidade do calibre da urethra.

E' o que os doentes não fazem, sendo obrigados, muita vez, a urethrotomisar-se.

As urethrotomias complementares são algumas vezes, necessarias, como corollario do proprio catheterismo retrogrado, nos primeiros dias que se seguem á operação, maxime nos estreitamentos traumaticos que offerecem uma actividade e uma tendencia muito maior do que os blenorrhagicos a invadir sempre o canal.

A essas denomino urethrotomias complementares immediatas; ás outras urethrotomias complementares tardias.

Tem se visto muitas urethras voltarem ao que eram normalmente, elasticas, macias, moveis, tanto quanto comporta a sua séde, isto é, os planos perineaes.

Quanto á sondagem ureteral, cujo fim é diverso do da sonda urtheral, reservo-me para estudar o seu papel no capitulo a ella consagrado.

Seria interessante agora, fazer uma revista analytica e comparativa entre o catheterismo retrogrado e outras intervenções que visam o mesmo valor e fim que o catheterismo vesico-urethral, si do seu proprio estudo e resultado não saltassem e resaltassem a olhos intelligentes e progressistas sua superioridade absoluta e insophismavel, sobre as demais intervenções, taes como a resecção, autoplastia, sutura urethral,

cystostomia, transplantação da urethra, de Vagner, urethrostomia perineal, etc.

A resecção não póde sustentar um confronto demorado.

A respeito diz Albarran: «les cas sont trop differents les uns des autres pour que les chiffres suffisent à indiquer la règle de conduite et à comparer entre elles la résection de l'uretre et l'uretrotomie externe.»

A resecção cae desse golpe que se segue: o individuo é obrigado do mesmo modo que o catheterisado puro a dilatar-se periodicamente, etc.

A cystotosmia hypogastrica, temporaria ou permanente, não tem hoje nas exigencias da cirurgia nada que a justifique.

Quando mesmo, no caso de alta gravidade, se quizesse dar accesso franco à urina pela abertura vesical. bastariam os tubos-syphões de Guyon-Perier.

Quanto á cystotosmia permanente, para ella vir a ser exigida, é que as condições morbidas affectam de tal sorte a dynamica e a estatica do apparelho uninario que, ou a contra indicação decorre desse proprio estado pathologico, ou ella é ainda possivel, e nesse caso, é tambem possivel a urethrostomia perineal do proprio Poncet.

Já não discuto a certeza ou incerteza da continencia urinaria dos hypogastricos.

A urethrostomia perineal, porém, é um meio de valor não desprezivel em certos casos, como o que vou referir.

Nem Coignet, defensor de Poncet, nem Delore, souberam estabelecer a verdadeira indicação da urethrostomia perineal.

Elles a querem: 1º nas recidivas frequentes após a urethrotomia *(indicação falsa)*; 2º nas rupturas extensas com grandes massas cicatriciaes; 3º nos doentes não supportando catheterismo; 5º nas complicaçõees renaes *(caso do catheterismo ureteral)*.

« A mon avis, l'uretrostomie ne presente pas d'indication », confessa Albarran.

E' um facto? não. Albarran engana-se.

Ha motivos para affirmal-o. A operação de Poncet consiste em seccionar-se a urethra atraz do estreitamento, disseccando-a numa certa extensão e sutural-a á pelle do perinêo.

No numero dos doentes operados por estreitamento infranqueavel pelo professor Pacheco Mendes, ha um, no qual, posteriormente, foi praticada a urethrostomia perineal.

Ella, para Pacheco Mendes, tem sua indicação nos estreitamentos complicados de grandes destruições do canal.

No caso referente, foi o mesmo professor obrigado a praticar essa operação por não ter sido possivel após algum tempo o estabeleci-

mento da micção pela urethra peniana em grande parte destruida.

O penis desse doente fora amputado nos seus dois terços, de modo que a urethra encurtada, fugiu para os tecidos perineaes, ficando o côto cavernoso recoberto de tecidos inflammatorios, que acabaram por obstruir pequeno tunel por onde nos primeiros dias do catheterismo corria alguma urina.

Esse doente, ao sahir um mez depois do hospital tinha seu meato perineal funccionando perfeitamente.

O caso portanto era cathegoricamente indicativo do meato perineal, pois, o facto anomalo da amputação do penis veio destruir os beneficios completos do catheterismo, que, entretanto, deixou ainda o canal pervio para que se podesse trazel-o ao perinêo.

O estreitamento nesse doente era muito elevado.

CAPITULO III

Derivação da urina. Sonda ureteral de permanencia no catheterismo retrogrado

ENFRENTEMOS agora uma questão nova em relação ao catheterismo retrogrado: A sonda de permanencia ureteral em concomitancia com a sonda urethral permanente.

Creada por minhas proprias forças intellectivas, me não arreceio em leval-a ao juizo pleno da assentada scientifica, tão firme estou de que o criterio da experiencia presidiu aos motivos que me lévam a divulgar e defender o emprego da sonda de pernanencia no ureterio, nos casos de catheterismo vesico-urethral.

Pareça ella, porém, innovação absurda ou desnecessaria, perigosa ou impraticavel como permanencia, ainda que Albarran a tenha visto

permanecer um mez, cumpre a mim fundamental-a e defendel-a.

Quizera mostrar a algum espirito mais vacillante, o nexo logico que existeentre a sondagem ureteral e certas operações da urethra ou da bexiga, somente pelo estudo do cyclo evolutivo do catheterismo dos ureterios.
Era ir muito longe, porém

Não mais é a separação de urina o ultimo marco na evolução ureteroscopica No ataque armado que o cirurgião fez ao apparelho genito-urinario, as conquistas teem tido a segurança com que se intervem nas affecções, e se espera os resultados das operações desse apparelho.

E' assim que temos a ureteroscopia, meio de diagnostico e tratamento.

Temos a cystoscopia, que si não é propriamente um meio de tratar, conduz-nos entretanto ao catheterismo dos ureterios, o qual tem applicações therapeuticas.

Temos finalmente o catheterismo dos ureterios.

« J'ai dit que la cystoscopie n'est utilisable que pour le diagnostic, mais elle permet le cathétérisme ureteral qui a des indications therapeutiques » (Imbert de Montpellier).

O catheterismo ureteral resume portanto, em si, tres fins: diagnostico, prognostico e curativo.

Com o fim diagnostico, Polk Harrison, Kelly, Albarran, Cathelin, Louis, Gaitther, Pawlik, Simon, Shœmaker, Max Nitz, Casper, Bruni,

Stokes. Brown, Robson, Lewis, são nomes que resumem muitos livros e fallam por elles, na falta de largo espaço aqui.

Assim, summariando, eu dou os «Diagnostic Purposes of Catheterism of the Ureters» de Vineberg H. N. publicados por Merrill Ricketts de Cincinatti M. S no St. L. Medical, de Fevereiro de 1908, que são os seguintes:

1. To determine in a given case of urinary affection whether the bladder or kidney is affected.

2. To determine which kidney is the one involved.

3. In a case of pyonephrosis to ascertain the function of the other kidney by withdrawing the urine directly from it.

4. To determine the presence of a calculus in the ureter or pelvis of the kidney (Howard A. Kelly).

5. To determine abnormal congenital conditions of the ureter as a double ureter with an opening into the urethral canal or at the side of the meatus.

6. To determine the presence of ureteritis (Kelly, and case reported by the writer later on).

7. To detect the presence of stricture of the ureter and its location (Kelly and the writer).

8. To determine the seat of obscure pain in the side (Kelly).

Com o fim prognostico, dando ainda ao clinico uma noção sobre si um só ou ambos os rins estão envolvidos no processso morbido, no caso de nephrite, por exemplo: «In chronic nephritis, the catheterization of the ureters is of the greatest value in establishing a correct prognosis. If the disease is found to be in one kidney, with the other normal or slightly involved, the outlook is favorable. This condition would explain some cases which are seen clinically in which the urine is loaded with albumen and tube casts, but which go on for years without developing serious constitutional symptoms. The information obtained from catheterization will prolong many lives by preventing the surgeon from operating when evidence of advanced disease on both sides is presented, and also by urging an immediate operation when one kidney is normal, with a pyelitis or pyelonephritis on the other side exhausting the patient's vitality more each day. If one kidney is slightly diseased, and the other considerably, it will influence the operator to perform a nephrotomy instead of a nephrectomy, thus leaving one kidney to aid its less crippled fellow and possibly turning the balance on the side of life. By following the methods which are now opened to us, the percentage of fatal results after operations on the kidneys should be still further lowered. The time has arrived when

no renal surgery should be attempted until after the surgeon has obtained accurate and positive knowledge of the conditions of each kidney by means of the catheterization of the ureters» (Gaither).

Com o fim therapeutico, por ultimo, pode-se-o definir com as seguintes conclusões do mesmo artigo de Merrill Ricketts:

1. To cure certain cases of pyonephrosis by irrigations of the pelvis of the kidney with various medicated solutions (Kelly and Casper).

But as Israel pointed out in the discussion that followed Casper,s paper, the cause of pyonephrosis, in which the irrigation treatment could be of any possible benefit, are very limited in number. The following conditions are essential to success.

a) The pus collection must be limited to one sac in the pelvis of the kidney.

b) The pus must be fluid and non-viscid;

c) It must be non-tubercous;

d) It must not be due to the presence of a calculus lodged in the pelvis of the kidney;

e) There must not be a non-permeable stricture of the ureter;

f) There must not be any perinephritic suppuration.

The absence of any of these features in a given case of pyonephrosis is very rare, as Israel

was able to demonstrate by a large collection of specimens.

2. The dilation and cure of stricture of the ureters when not due to tuberculous ulceration (Kelly).

3. The removal of small calculus lodged in the ureters and obstructing the flow of urine (Kelly & Casper).

4. In radical operation for carcinoma uteri, the introduction of catheters into the ureters prior to the operation forms a valuable guide to avoid injuring the ureters.

Gross já dissera muito bem em 1902, que « ureteral catheterism has secured its wellearned place in therapeutics » e formular os seguintes principios:

Diagnostic Value. To determine:

1. Whether the blader or the kidney is the seat of affection.

2. The presence or absence of a kideney.

3. Which kidney is involved.

4. The site of the lesion.

5. The functional capacity of each kidney.

6. The presence of strictures in the ureter and their exact location.

8. The diagnosis and site of ureteral fistulae.

9. The presence of a pyoureter.

10. A differential diagnosis between diseases of the kidney and the surrounding organs.

11. At times a tuberculosis of the kidney.

12. The diagnosis of a pyelitis, pyelonephritis, pyonephrosis, hydronephrosis, movable kidney, neoplasms of the kidney, renal lithiasis.

13. Abnormal congenital conditions of the ureter.

Therapeutic Value;

1. To cure pyelitis and certain cases of pyonephrosis and hydronephrosis
2. To drain pocket formations.
3. To dilate strictures of the ureters
4. To dislodge small calculi of the ureter.
5. To drain the kidney after nephrotomy.
6. To prevent injury to and stitching together of the ureter in certain operations.
7. To prevent and cure renal fistulae.
8. As a guide to certain operations on the pelvis of the kidney.

There is comparatively little or no danger of infection if one carefully disinfects his instruments and thoroughly irrigates the urethra and bladder.

The fact that it takes practice and skill should not discredit the method, considering its importance as a therapeutic and a diagnostic factor.

A minha tarefa, portanto, com ser grande, fecunda e brilhante na sua essencia, é, entretanto, bem pequena e bem simples, quando se pensa e reflecte que ella é uma deducção perfeita e acabada dos factos estudados.

Já não parecerá tão desproposito e difficil concluir que, si se pode manter uma sonda na porção vesical do ureterio para remediar um mal com séde a montante do seu orificio vesical, poder-se-ha tambem fazel-o no caso em que a lesão esteja a jusante do mesmo orificio.

Vamos ver de que modo a sonda de permanencia ureteral pode entrar como factor de cura no caso de estreitamento infranqueavel, seccionado por meio do catheterismo retrogrado.

Ora, si a maior parte dos catheterisados pode supportar durante muitas semanas a demora do fechamento da ferida perineal e a organisação completa do canal urethral; si catheterisados ha com o perinêo transformado em um ralo fistuloso que supportam a lentidão do processo de cicatrisação completa, em outros entretanto fistulosos ou não, soffrendo o gravame de uma infecção urinosa, a gravidade pode crescer, dependendo até certo ponto da boa ou má derivação da urina.

Como fiz notar, elles supportam na sua maioria, sem forte abalo do organismo, uma demorada cicatrisação das feridas, entretidas por septicidade, explosão de abcessos nos espaços cellulares circumvisinhos, mas curam-se afinal.

Mas a cirurgia pode e deve assegurar por completo todas as soluções de continuidade existentes, e contra a acção perturbadora da

urina, seja acção mecanica, seja bacteriologica.

Como eu vou desenvolver, a sondagem ureteral comporta-se do mesmo modo em face de todas as indicações do catheterismo retrogrado.

Porque o estreitamento traumatico se organise com certa rapidez e pareça mais frequente na infancia, não dando tempo a grandes alterações pathologicas da ampola vesical, e fazendo-se o processo da coarctação num terreno talvez mais resistente, não são essas circumstancias pezo sufficiente, para fazer afastar o emprego da sonda ureteral, e confiar no tempo para a reparação das feridas.

Apezar da capacidade um cirurgião, e da confiança que elle possa ter no resultado de suas operações, eu afino o meu sentir com Pye-Smith, quando elle diz que — uma operação por menos complicada que seja é sempre uma coisa séria. Por conseguinte, a benignidade pode existir, mas é criterioso desconfiar della.

Entre nós brazileiros do norte, é preciso ir fundo na psychologia, quando se tiver de estudar a nosographia nacional. Seja na clinica hospitalar, seja na civil, a observação se enriquece do mesmo modo, o facto se evidencia egualmente, parecendo mais envolver uma caracteristica ethnica do que um estado de ignorancia do homem, em relação á gravidade das molestias que o podem accommetter.

Nos hospitaes, muita vez, faz pasmar a pro-

fessor e discipulos, o estado grave em que se apresentam certos doentes, residindo ás vezes a um ou dous kilometros do nosocomio. Então, no caso particular dos estreitados a cousa é flagrante.

O professor Pacheco Mendes, amiudadamente, está a apontar aos discipulos esse aspecto da clinica entre nós, — essa especie de psychologia clinica.

Esses doentes supportam quasi como um irracional a marcha da molestia.

Fica-se admirado de como o grande Tillaux, durante toda a sua vida clinica, só teve tres casos de catheterismo retrogrado.

Ora, desviei-me um pouco do roteiro para justamente definir um primeiro argumento em favor da minha these. E' o seguinte:

Nesses infraqueaveis, que se apresentam ao hospital, em quem se accentuaram graves perturbações, a bexiga soffrendo grandemente o contra-golpe pathologico, com a força contractil diminuida, a mucosa vesical fundamente alterada, e a cujo contacto a urina se decompõe, favorecendo o microbismo, ou melhor, despertando a virulencia da flora urinaria, nesses doentes, dizia eu, ao abrir-se a bexiga, para fazer o catheterismo vesico-urethral, não é extraordinario derivar a urina, de modo a ficar-se garantido contra um máo funccionamento da sonda urethral, contra a infiltração, contra a hemorrhagia, em-

quanto que ao mesmo tempo a bexiga em pleno repouso se refaz e se vitaliza.

Nós podemos estabelecer uma preliminar: supprima-se a urina e tudo está feito.

A infecção urinaria é hoje um capitulo da pathologia cirurgica perfeitamente elucidado. Guyon e seus discipulos, Clado, Albarran, Hallé, são nomes que nos traduzem epochas no estudo da flora urinaria.

A importante questão da urina septica tem raizes na descoberta do *micrococcus ureæ*, agente da transformação ammoniacal, feita por Pasteur.

Diz-se geralmente que a urina normal é aseptica. Mas basta que ella soffra qualquer alteração e a bexiga se ache em condições pathologicas, isto é, lesões da mucosa, diminuição da contractilidade vesical, etc,, para que a infecção possa manifestar-se.

Não me perco no dedalo das theorias, pretensas explicadoras da infecção geral, determinada pela urina pathologica.

Trasladar para aqui a affirmativa de Velpeau de que, «a urina é um dos liquidos mais perigosos da economia», é edificar mais um argumento em favor da necessidade da sondagem permanente dos ureterios.

Na infecção de origem urinaria, o quadro clinico pode revestir formas differentes.

Conhece-se um typo morbido, nitido, caracterisado pela febre urinosa franca, causada pela

infecção colibacillar, e hoje considerada até como fórma dominante nas affecções septicas do apparelho urinario.

Conhece-se hoje muitas outras fórmas de infecção uro-septica, determinada, ora, por verdadeiras associações microbianas-estrepto-estaphylococicas, ora, por outros germens communs na urina alterada, e cuja funcção unica, neste caso, é a pyogenese.

« O urethral-estreitado, chegada a phase da retenção incompleta com distensão vesical, acha-se em condições particulares de receptividade á invasão microbiana » (Forgue).

Nos simples traumatisados, nas creanças principalmente, nas quaes com rapidez se faz a esclerose do canal urethral e, depressa, no perinêo contundido, se escava ou escavam-se canaes fistulosos, por onde vae dar-se a derivação da urina, nesses pacientes de facto, a ampola vesical ainda bem nova só muito tardiamente poderá vir a alterar-se em sua tonicidade e sua superficie mucosa, e eu não posso contestar que, com um pouco de cuidado se obtem rapidamente a *restitutio da integrum*.

Arthur Pitanga, porém, uma creança de 16 annos, infranqueavel, operada em Março, ainda ha dois mezes passados não tinha a fistula perineal completamente fechada, pois, por ella, a despeito de passar um beniqué n. 40, escoava um fio tenuissimo de urina.

Isto apenas significa a rebeldia de uma ferida, ou fistula, ou outra solução de continuidade, quando sobre ellas actúa uma urina, seja septica ou não seja.

Mas, nos estreitados de causa blenorrhagica, em que a coarctação se vae fazendo lentamente, durante annos, em que o esforço da bexiga para esvasiar-se vae pouco a pouco augmentando, passando por todos os gráos de retenção, até o momento em que a urina alterada *in situ* pode dar logar á infecção geral, ou a complicações de ordem menos elevada, nesses infranqueaveis pode obter-se uma cicatrisação vesical e perineal facil, como tambem pode o doente correr o perigo de uma cicatrisação demorada.

Quem tivesse observado o nosso ultimo doente, operado por estreitamento blenorrhagico infranqueavel, mesmo sabido em cousas cirurgicas, tel-o-hia, de certo, concluido que a sonda urethral é já de si mais que sufficiente, e repelido a minha ideia.

Façamos uma analyse larga das condições em que se dá a *restitutio ad integrum*, com o emprego unico da sonda de permanencia urethral

1ª circumstancia. A urina parece ser asseptica. Sutura vesical. Sutura perineal. Sonda de permanencia funccionando mal nas primeiras horas ou nos primeiros dias. A urina filtra atravez da costura vesical forçada e da abertura perineal. A reunião retarda-se. O caso mais simples.

2ª circumstancia: a urina é septica. A sonda funcciona mal. A urina, distendendo a bexiga, infiltra-se. As complicações podem ser sérias.

Vimos a relatividade que ha entre sutura e drenagem. Para Monod são questões connexas.

« Com effeito, si se fecha completamente a bexiga, a drenagem não pode ser feita senão pela urethra; poderá ser pelo hypogastrio si a bexiga é deixada largamente aberta, ou não é fechada senão em parte. »

« A sutura será pois total com drenagem urethral ou parcial com drenagem pelo hypogastrio. »

« O fechamento completo da bexiga deve ser sempre tentado. » (Monod)

Mas, como, no caso de nos acharmos em face de uma urina septica, agir, de modo a prevenir com segurança a infecção e obter a união rapida das feridas?

Fechar parcialmente a bexiga, empregando os tubos de Guyon-Perier?

Fazer a urethra contra-natureza provisoria?

Fazer, como querem alguns cirurgiões, e preconisava Tillaux, isto é, passar um dreno, do qual uma extremidade saía pelo meato urethral, e a outra pela abertura vesical, parcialmente fechada?

Não sou exclusivista.

Em cirurgia como em medicina todo processo pode ser viavel e até mesmo bom. Isso, porém,

não impede um confronto estimativo entre elles, ou a concurrencia do melhor.

Assim, os tubos de Guyon Perier podiam bastar, realisando, até certo ponto, uma boa drenagem.

A urethra contra-natureza ou o meato hypogastrico de Poncet, não resistem, porém, á critica, em se tratando de drenar.

Pois não é neste caso um mal substituido por outro?

Fôra o ideal subtrahir, por completo, o tracto vesico, urethral da acção sempre nefasta da urina.

Si a drenagem pelos meios communs é o recurso de que se dispõe na previsão de accidentes; si se deseja estar inteiramente ao abrigo da infecção; si se deseja obter o mais rapidamente possivel a união da ferida, vejamos si se pode realisar esse *desideratum* com a simples sonda urethral, levada por bifurcação aos orificios ureteraes.

Argumentos em favor do meu processo:

1º Praticabilidade do catheterismo permanente dos ureterios. Ninguem desconhece mais, hoje, o valor semeiotico do catheterismo cystoscopico dos ureterios. Assim, eu não faço mais do que transplantar do terreno da semeiologia para o terreno therapeutico, um processo que eu faço um tempo operatorio do catheterismo posterior.

2º Argumento: Repouso absoluto da bexiga.

Assim facilita-se o trabalho de reparação; assim pode dar-se a cura rapida de cystites graves em certos estreitados.

O professor Pacheco Mendes, grandemente sympathico á sondagem ureteral, nos casos de catheterismo retrogrado, reserva, como vimos, a reunião secundaria para, *a)* os traumatismos muito extensos da parede; *b)* nas modificações profundas da parede vesical; *c)* na infecção do apparelho urinario.

Essas ideias, porém, foram emittidas ha mais de 10 annos.

Tenho a convicção de que essas restricções, ainda hoje de certo valor intrinseco, podem com a sondagem ureteral, entrar no quadro commum das indicações da reunião immediata.

Com a larga experiencia e profundo descortino clinico, o mestre, ao tempo em que as escreveu, poude, principalmente, em relação ás primeiras, estabelecer factos insophismaveis.

Dado o caso da infecção urinaria, podem crear-se objecções ao meu processo, que á primeira vista pareçam de certo valor, mas, que a analyse reduz ás suas minimas proporções.

Nos estreitamentos infranqueaveis, determinados pela blenorrhagia, em que a bexiga é retencionista e congesta, em que a mucusa vesical perdeu o seu tonus contractural, « não é porque o estreitamento se tornou infranqueavel á urina que o doente não pode mais urinar; elle não o

pode porque a bexiga não é mais capaz de contrair-se com força bastante ». (Albarran)

A mucosa vesical vae servindo de leito ao microbismo, e a cystite, chamada dos estreitados, é a traducção pathologica dos factos.

Toxinas ou microbios, pouco importam, a deducção pratica que se impõe, é que a bexiga é o reservatorio principal onde se elaboram os factores da infecção.

Estão ahi os elementos para a objecção.

A sonda ureteral é um factor de entretenimento da infecção ascendente ou de sua producção?

Ora, a objecção é falsa, porque, já com a simples sonda urethral nós temos « um antiseptico por excellencia da infecção urinaria. »

« Nos estreitados, o resultado não é menos feliz: em plena febre, faz-se a urethrotomia interna e põe-se uma sonda de permanencia.

A temperatura cahe a 47°, dois dias se passam e muitas vezes a febre não reapparece. Si ella volta, não é senão no terceiro dia, em que se retirou a sonda. Nada pode melhor demonstrar a efficacia da sonda de permanencia.

Que se passa de facto?

Emquanto que a sonda está collocada, a bexiga está drenada e a urethra protegida; desde que se a retire, a protecção não existe mais e a febre reapparece.

Basta pôr a sonda, deixal-a algum tempo, até

que a desinfecção seja completa e a ferida fechada.

O beneficio da sonda de permanencia não se faz somente sentir sobre a febre, mas tambem sobre o estado geral.

Com a febre que desapparece, apagam-se ainda, ou se attenuam as perturbações digestivas que são o apanagio obrigado dos urinarios infectados » (Legueu).

Ora, si com essa meia drenagem somente – porque a derivação da urina se dá regularmente, a secção urethral está livre do seu contacto, nós podemos conjurar a infecção, é claro, é racional que, prolongada aos ureterios, e delles recebendo a urina, a drenagem impõnha-se como uma deducção logica do que se formulou ha pouco, e como um progresso real para a cirurgia urinaria, devendo estudar-se com precisão as vantagens de um processo que poderá ter um bom logar na therapeutica cirurgica do globo vesical.

Uma tal concepção, tão racional, tão logica, não é para menosprezar-se e relegar ao plano segundo das cousas comesinhas brasileiras.

Quantos não encolherão o hombro, os mais astutos, quantos a duvida dos individuos que por sua desgraça fizeram da rotina toda a sua philosophia!

Tenho noticia, a qual não posso infelizmente demonstrar, por não possuir a revista, que um cirurgião de nota applicara em casos de prosta-

tectomia a sonda ureteral permanente. Isso só vem corroborar a minha hypothese.

Mas eu ia desgarrando. Retomemos o fio da questão.

A sonda de permanencia no tracto urethral, só, não poderia bastar em todos os casos.

« Si, apezar da sonda de permanencia, o estado geral continúa defeituoso, a lingua secca, a intelligencia obtusa, si a febre persiste ou se não modifica, si a cada mudança da sonda, a temperatura se eleva de novo sem recahir em seguida na normal, então a prova está feita, a sonda é insufficiente, é preciso abrir a bexiga » (Legueu).

E então, suprema vicissitude! vamos á cystostomia, esse grande erro de Poncet.

A sonda não bastou. Para remediar os graves accidentes que se desenrolam, faz-se o meato contra-natureza — a cystostomia, que Legueu diz ser um *modo aperfeiçoado de drenagem* (o grypho é meu). « La sonde ne réussit pas toujours; malgré elle, la vessie se vide mal et la fiévre persiste. Ouvrous alors la vessie, et la vessie laissée ouverte au-dessus du pubis se viderá delle même et d'une façon continue (Legueu. T. de C. de Le Dentu).

E' preciso convir que eu me estou reportando ao capitulo da infecção urinaria, para estabelecer um parallelismo entre o meu e esses varios processos de drenagem.

A cystostomia, porém, que alguns cirurgiões

avantajam á sonda de permanencia urethral, não a considero superior a esta.

Si ella é um *processo aperfeiçoado* de drenagem, porque então, diz Legueu, — nos casos graves, em que as lesões são complexas, em que a suppuração se desenvolve sobre varios pontos, a cystostomia é impotente?

E sobre a sonda diz elle:

« Si les résultats de la cystostomie sont meilleurs il est incontestable que, l'opération bénéficie d'un certain nombre de cas qui auraient guéri par la sonde à demeure. »

Por fórma que é intuitivo que sendo brilhantes os resultados obtidos com a sonda urethral, serão brilhantissimos com a uretero-urethral, que protegerá assim a bexiga e a urethra.

Infelizmente, não foi possivel um ensaio no doente ultimo, José Francisco dos Santos. O professor Pacheco Mendes esteve a ponto de fazel-o. Mas, no momento, nem a cilnica nem o hospital tinham sondas adequadas.

3º argumento — Repouso absoluto da bexiga. Não sendo solicitada a contrahir-se, a bexiga entra em inteiro repouso.

Ora, as hemorrhagias nas operações vesicaes são entre nós bem frequentes. Eu vi um infranqueavel algumas horas depois de operado, com o penso rubro de sangue, como se fosse uma

toalha vermelha que se tivesse passado no ventre.

E a hemorrhagia é fatal á sutura.

De sorte que o repouso da bexiga torna-se um factor de importancia na marcha da cura do operado.

A mucosa, turgescente, alterada, pode perfeitamente modificar-se para a funcção normal que se vae encetar agora A cystite abranda-se. Não é necessario dar certa amplitude a esse argumento. O que é positivo, o que é exacto, ao menos, theoricamente, é que a minha maneira de drenar, de um lado, desarma os contrarios á reunião immediata, de outro, nullifica o valor que até hoje têm tido os varios processos de drenagem vesical, e é a garantia absoluta da reunião *per primam*.

Ao abrigo de causas perturbadoras, as operações praticadas na bexiga ou pela bexiga tornam-se de uma benignidade extrema.

Dos argumentos em contrario, o de maior valôr seria o da ureterite e infecção ascendente

Eu já emitti ideias a respeito. Mostrei as causas por que isso se podia dar.

Já mostrei que justamente ê nos casos de pyelite pyonephrosis que se emprega a sondagem ureteral.

O que eu não tenho firmado bem é a fórma a dar á sonda.

Parece que uma sonda, como demonstrei na

technica, correndo bem, dentro de outra, esta urethral commum, de numero 18, e, bifurcando-se na bexiga para penetrar nos ureterios, seguindo as linhas trigonaes, deva ser preferivel a duas, que mais difficilmente ou só em sonda urethral de grande calibre podem caber, mas a urethra não supporta, em geral, mais do que 18, 19. A experiencia que venha dizel-o.

Embora em suas linhas mais geraes, está feita a exposição de minhas ideias.

Aos pontifices da cirurgia, deixo, plenamente satisfeito comigo mesmo, a inteira liberdade de julgar. Julguem em meu favor: proseguirei alentado e sciente de que aprendi alguma cousa.

Neguem a sancção: não cederei um ponto na linha de persistencia e defeza.

Nos *Canons et Reigles cirurgiques*, do mestre Ambrosio Paré, lá fui encontrar esse grande preceito, com que me defendo contra os amadores exclusivos dos tratados:

Celuy qui brave veut faire la chirurgie,
Il faut qu'il soit habile, accord, industrieux,
Et non pas seulement qu'aux livres il se fie
Soyent françois ou latins, ou grecs ou hébrieux.

PROPOSIÇÕES

Três sobre cada uma das cadeiras do curso de
sciencias medico-cirurgicas.

PROPOSIÇÕES

1ª Secção

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Ganglios lymphaticos são intumescimentos de consistencia molle, existentes ao longo dos vasos lymphaticos.

II

Os ganglios lymphaticos recebem por varios pontos de sua superficie vasos chamados afferentes e emitte por outros, em sentido opposto, vasos chamados efferentes.

III

Algumas vezes, elles apresentam a fórma de grandes rosarios; dahi o dizer-se: rosarios ganglionares.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A *fascia iliaca*, sob o ponto de vista anatomo-topographico, tem uma importancia capital.

II

A *fascia iliaca* é um folhêto aponevrotico, que se insere por todos os seus pontos periphericos

no contorno limitante da fossa iliaca, convertendo a mesma em uma loja osteo-fibrosa.

III

Nesta loja está o psoas-iliaco.

2.ª Secção

Histologia

I

A myosina é uma substancia semi-solida, coagulando-se espontaneamente e retrahindo-se logo.

II

Em uma solução de sal marinho ao 10º ella dissolve-se.

III

O acido chlorhydrico dissolve-a, transformando-a ao mesmo tempo em syntonina.

Bacteriologia

I

O calor secco em grão muito elevado tem acção muito efficaz sobre as bacterias não esporuladas.

II

O calor humido sem pressão não é nocivo ás mesmas.

III

Debaixo de pressão o bacteriologista pode confiar nelle e garantir uma esterilisação.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

I

A osteite é uma inflammação do tecido osseo, caracterisada por um exaggero da actividade nutritiva dos elementos cellulares.

II

Esta superactividade dá logar á formação de um tecido embrionario nos canaes de Havers, na medulla, no sub-perioteo.

III

Ha a ostite rarefaciente e a ostite condensante. Diz-se rarefaciente quando a reabsorpção predominou e a reparação fica incompleta. Condensante quando ha uma super-producção de tecido osseo de nova formação.

3ª Secção

Physiologia

I

A intellectualidade é pura funcção da chimica viva.

II

Sob o ponto de vista physiologico tanto vale um trapo de cerebro como um corpusculo de Pacini.

III

O homem vive pelos nervos que tem.

THERAPEUTICA

I

A medicação electrolytica tem uma influencia resolutiva extraordinaria.

II

Ella é soberana na symphise pleural.

III

Tem-se visto escolioticos, por adherencias pleuraes, desencurvarem-se totalmente.

4ª Secção

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

A tatuagem é uma das constantes preoccupações do selvagem. E' tambem o primeiro termo da auto mutilação.

II

Ha muitos homens civilisados que procuram tatuar-se.

III

Acredito que esses homens, tatuando-se, ou por uma fraqueza imitativa, ou por uma resurgencia ethnica, não excedem á organisação esthetica do selvagem.

HYGIENE

I

Parece que ainda se não comprehendeu na Bahia para que serve o ar.

II

E' da mais elementar e absoluta necessidade, acabar-se com a vassoura do apanhador de lixo; e demolir-se o mais que fôr possivel, para augmentar o espaço livre da cidade em beneficio de todos os pulmões.

III

O calçamento e a arborisação são dous factores indirectos da pureza do ar, e necessarios a uma cidade sob o tropico.

5ª Secção

Pathologia Cirurgica

I

As exostoses são classificadas segundo sua estructura e situação nos diversos pontos osseos.

II

Assim, as exostoses são eburneas, compactas e esponjosas.

III

Ellas estão sob a influencia de uma causa geral: gotta, rheumatiamo, syphilis, gravidez, etc. O crescimento determina tambem exostoses.

Operações e Apparelhos

I

Ha diversos processos para a hysterectomia abdominal total, por fibroma.

II

Entre elles, o de Doyen parece ser bem pratico.

III

Doyen abre o abdomen e rebate o utero sobre o pubis para tornar o Douglas accessivel Um ajudante conduz pela vagina uma longa

pinça curva que vae impellir o fundo do sacco posterior, e sobre esta pinça abre-se o Douglas no sentido longitudinal. Pela incisão vaginal augmentada, agarra-se o collo por meio de pinças, para cima e para traz. A' direita e á esquerda liberta-se o collo uterino. Puxa-se mais o collo uterino no mesmo sentido. que ainda ha pouco. Elle deixa então ver por sua face vaginal o fundo do sacco anterior, que é incisado. Pela incisão leva-se o index direito, que, descollando, procura separar o utero da bexiga.

Descolla-se o ligamento largo direito mantido entre os dedos do cirurgião e corta-se-o entre o utero e os annexos. Bascula-se o utero, e liberta-se da mesma maneira o ligamento largo esquerdo. Ligam-se as uterinas ligam-se os pediculos utero-ovarianos direito e esquerdo, e tiram-se os annexos.

Clinica Cirurgica (1ª Cadeira)

I

O methodo esclerogenico de Lannelongue é de um valor absoluto, quando applicado com o criterio que decorre da confiança e sabedoria medicas.

II

As injecções de chlorureto de zinco, que constituem na essencia — o *methodo esclerogenico*,

actuam em tecidos ainda sãos e sobre a rede vascular que alimenta as synoviaes, dando em resultado um novo terreno de contextura fibrosa, que vêm servir de ponto de partida para a transformação das synoviaes fungosas e dos fócos tuberculosos.

III

As operações sangrentas complementares têm no methodo esclerogenico um factor de segurança, pois ellas podem actuar em um terreno firme, *preparado*, com manifesta tendencia para a cura, sem mais recidivas.

Clinica Cirurgica (2ª Cadeira)

I

A coxo-tuberculose tem tres periodos clinicos bem distinctos: 1º periodo — dôr e claudicação; 2º periodo — attitudes viciosas; 3º periodo — suppuração; abcessos confluentes, fistulas, etc.

II

A coxotuberculose é uma das affecções que logo aos seus primeiros signaes, mesmo mal esboçados, o cirurgião de competencia fatalmente diagnostica. O classico travesseiró, sobre o qual se encontra flexionado o membro doente, pode, ao bom clinico, dictar o diagnostico.

III

As indicações therapeuticas da coxo-tuberculose decorrem do periodo clinico em que se acha a affecção.

No começo, a unica conducta cirurgica actual é a immobilisação immediata.

6ª Secção

Pathologia Medica

I

A ectopia renal é de certa frequencia na mulher.

II

Não ha causa. Ha causas productoras da ectopia renal.

III

A ectopia renal pode determinar graves perburbações geraes.

Clinica Propedeutica

I

A opsonometria (Dr. J. Moraes) é uma conquista de valor egual ou superior talvez á auscultação.

II

Por ella pode o clinico chegar ao diagnostico

de grande numero de molestias infectuosas, especialmente a tuberculose, em que os indices opsonicos, excessivos para mais ou para menos, a denunciam.

III

Na vaccinação tuberculosa, este dado propedeutico é o guia unico, pois só elle pode indicar rigorosamente a marcha para a immunidade.

Clinica Medica (1ª Cadeira)

I

Até bem poucos mezes atraz, ninguem duvidava que o alcool fosse um factor preponderante na etiologia da arterio-esclerose.

II

Hoje porém, já não se pensa mais assim.
Os trabalhos de Lancereaux deixaram plenamente demonstrado que o alcool nada tem que ver com a arterio-esclerose.

III

O tabagismo, o saturnismo, a syphilis, esses sim, são factores constantes na etio-pathogenia da arterio-esclerose.

Clinica Medica (2ª Cadeira)

I

O perigo da nephrite não está no que sae. Está no que não sae.

Entretanto, os grandes suadores acabam nephriticos (Dr. Ramiro Monteiro).

II

Uma nephrite chronica mata sempre. Mais hoje, ou mais amanhã.

III

Para nephrite leite.

7ª Secção

Historia Natural Medica

I

A tœnia é um cestodo que habita um tracta do tubo gastro-intestinal, determinando o que em parasitologia se chama helmintiase.

II

A tænia nasce reduzida ao embryão hexantho.

III

O hexantho é uma massa parenchymatosa, não apresentando traço algum de metamerisação, mas provida de cilios vibrateis e colchetes.

Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular

I

O collodio prepara-se dissolvendo algodão polvora em uma mistura de ether e alcool.

II

Quando a elle se addiciona oleo de ricino diz-se collodio ricinado, ou elastico ou medicinal.

III

Muitas substancias medicamentosas podem ser ajuntadas ao collodio. O acido salycilico, por exemplo, a 4%.

Chimica Medica

I

Diante dos conhecimentos novos sobre a dissociação ionica porque passam as substancias medicamentosas, quer actue sobre ellas a influencia electrica exterior, quer não, a chimica medica é obrigada a procurar as novas propriedades até então desconhecidas, e as relações ionicas e therapeuticas das mesmas substancias com a chimica viva.

II

Para isso terá a chimica de apoiar-se no estudo dos phenomenos osmosticos e na capacidade electrolytica de certas substancias.

III

Ella terá de estudar as acções chimicas e toxicas, antisepticas e medicamentosas, as quaes são todas funcção ionica.

8.ª Secção

Obstetricia

I

A quantidade de liquido cathamenial que a mulher perde, periodicamente, oscilla entre 40 e 500 grammas.

II

Esse corrimento sanguinolento, durando em media tres dias, tem um olor penetrantissimo, bem semelhante ao do cravo de defuncto.

III

Seu desapparecimento se faz dos 40 aos 50 annos.

Clinica Obstetrica e Gynecologica

I

Desvios uterinos são deslocamentos que se produzem segundo planos verticaes. Dividem-se em 2 grupos: versões e flexões.

II

O desvio uterino é com bem diz Pozzi, « um coefficiente de um estado morbido complexo », portanto engendrando uma serie de perturbações pathologicas, entre as quaes culmina a metrite, mais frequente, entre nós, que os crimes de Paris.

Essas perturbações teem sede *in utero* ou manifestam-se a distancia.

III

De uma maneira geral e primaria o tratamento dos desvios uterinos é a reducção pelos *pessarios indifferentes* e as cinturas hypogastricas.

9ª Secção

Clinica Pediatrica

I

A reeducação respiratoria ainda não penetrou na vida clinica bahiana.

Entretanto, ella tem causado rumor em quasi todo o mundo scientifico.

II

Os pretuberculosos e adenoidianos, em pouco tempo de gymnastica eupneica, vêm a tornar-se meninos de bello thorax.

III

A gymnastica respiratoria utiliza essencialmente tres especies de exercicio: respiração physiologica em posição determinada e fixa; respiração physiologica com movimentos passivos; respiração physiologica com movimentos activos.

10ª Secção

Clinica Ophtalmologica

I

O cycloespasmo é devido á contractura permanente do musculo ciliar.

II

Reconhece-se o cycloespasmo instillando uma ou duas gottas de solução atropinica ao centesimo no fundo do sacco conjunctival. O cycloespasmo quasi sempre resulta um vicio de refracção.

III

No seu tratamento, além das instillações de

atropina, empregam-se vidros esphericos convexos conforme o gráo de asthenopia.

11ª Secção

Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

I

Estou inclinado a pensar com Besnier que « o eczema é um catarrho da pelle ».

II

O eczematoso quando se coça « coça seu cerebro na pelle ».

III

Dizei-me como tratas o eczema que direi que dermatologista tú és.

12ª Secção

Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

I

A psychiatria tem sabido aproveitar-se do progresso de senso moral em relação á assistencia ao alienado.

II

Assim é que dos meios contentinos antigos succedeu o *no restraint*, a este *opendoor*.

III

A experiencia tem demonstrado ser possivel a assistencia familiar.

Visto

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia em 31 de Outubro de 1908

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.